

PROJEKT UMOWY

UMOWA Nr

w sprawie realizacji w 2019 r. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **255 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Olecko, Kowale Oleckie, Świętajno).

zawarta w dniu **2019 r.** pomiędzy:

Powiatem Oleckim, reprezentowanym przez:

Starostę Oleckiego – Mariana Świerszcza

Wicestarostę – Marka Dobrzynia

przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu – Sylwii Syperowicz

zwanym dalej „Zamawiającym”

a

.....,

wpisaną do księgi rejestrowej podmiotu leczniczego prowadzonego przez Wojewodę
Warmińsko – Mazurskiego pod numerem

z siedzibą,

reprezentowaną przez:

zwanym/ą dalej „Realizatorem”.

§ 1

1. Zamawiający na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zleca a Realizator przyjmuje do realizacji program zdrowotny w zakresie określonym w § 2.

§ 2

1. Przedmiotem umowy jest realizacja „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, zwanego dalej Programem obejmującego:
 - 1) uzyskanie pisemnej zgody od osoby dorosłej, a w przypadku osoby niepełnoletniej uzyskanie pisemnej zgody od rodzica lub opiekuna prawnego na przeprowadzenie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu poprzez podanie trzech dawek szczepionki;
 - 2) przeprowadzenie badania lekarskiego przez lekarza pediatrę lub medycyny rodzinnej bezpośrednio przed każdym podaniem szczepionki, o której mowa w ust. 1 pkt 3;
 - 3) wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, poprzez podanie trzech dawek szczepionki o nazwie, dostępnej na polskim rynku

i dopuszczonej do stosowania w Polsce, zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta szczepionki dla: osób dorosłych oraz dla dzieci na terenie powiatu oleckiego. Zgodnie z listami osób otrzymanymi od Zamawiającego;

- 4) dokonanie wpisu o wykonanym szczepieniu do dokumentacji medycznej.
- 5) wydanie zaświadczenia potwierdzającego wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

2. Realizator jest zobowiązany do:

- podania do wiadomości publicznej na swojej stronie internetowej informacji o realizacji Programu (miejscu, terminie i czasie);
- wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością i poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i materiałów medycznych niezbędnych przy realizacji umowy, spełniających normy określone przepisami prawa;
- przestrzegania:
 - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
 - b) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- utylizacji zużytych w trakcie realizacji zadania materiałów i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych przepisami prawa oraz innej dokumentacji potwierdzającej realizację umowy w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1669);
- posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami. Okazania oryginału polisy ubezpieczenia w dniu zawarcia niniejszej umowy;
- zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności oraz dostarczenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających te zmiany w nieprzekraczalnym terminie 30 dni;
- przyjmowania zgłoszeń, informowania o terminach szczepienia i rejestracji pacjentów we własnym zakresie poprzez udostępnienie co najmniej 1 linii telefonicznej przynajmniej przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie (pomiędzy 8.00 a 15.00);
- realizacji Programu w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych.

3. Szczepienia, o których mowa w ust. 1 będą przeprowadzone na terenie **gmin** powiatu oleckiego.

4. Harmonogram realizacji zadania ustalony przez Realizatora zostanie dostarczony *Zamawiającemu* w ciągu 10 dni od dnia podpisania umowy. Aktualizację harmonogramu Realizator bez zbędnej zwłoki prześle *Zamawiającemu*.

5. W sytuacji, gdy w terminie i miejscu ustalonym w harmonogramie nie nastąpiło podanie szczepionki **z uwagi na nieobecność dziecka/osoby dorosłej z przyczyn niezależnych od Realizatora, to wówczas Realizator jest zobowiązany skontaktować się z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka lub osobą dorosłą i uzgodnić inny termin wykonania zadania, biorąc w szczególności pod uwagę konieczność terminowej realizacji niniejszej umowy.**

6. Realizator zobowiązuje się, że w przypadku podjęcia decyzji przez rodzica/opiekuna

prawnego dziecka lub osobę dorosłą o zakończeniu programu przed ukończeniem pełnego cyklu szczepień do udzielenia mu informacji o nieefektywności szczepienia.

7. Realizator realizując program zobowiązuje się do zamieszczenia na swojej stronie internetowej informacji o treści: „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022” finansowany ze środków budżetowych Powiatu Oleckiego, Gminy Olecko, Gminy Kowale Oleckie i Gminy Świętajno”.
8. Maksymalną liczbę osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach zawiera **załącznik nr 1** do umowy.

§ 3

1. Całkowity koszt szczepienia jednej osoby wynosi zł (słownie:)
brutto, (tj. koszt zakupu 3 dawek szczepionki wraz z elementami stanowiącymi przedmiot zadania określony w § 2 ust. 1 niniejszej umowy), w tym:
 - a) koszt jednej dawki szczepionki wynosi – zł (słownie:),
 - b) koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, wydania zaświadczenia, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego wynosi - zł (słownie:).
2. Całkowity koszt szczepienia jednej osoby (1 dawka) brutto stanowi jedną trzecią kwoty określonej w ust. 1.
3. Należność za wykonanie umowy (szczepienia **255 os.**) nie może przekroczyć kwoty zaplanowanej przez Powiat Olecki na realizację programu, tj. zł (słownie:).
4. Fakturę należy złożyć w **Starostwie Powiatowym w Olecku** w terminie **do 10-go** dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostały wykonane szczepienia. Ostateczny termin złożenia faktury to **9.12.2019 r.** Każda faktura jest przedkładana łącznie z rozliczeniem (częściowym) według wzoru określonego w **załączniku nr 2 wraz ze sprawozdaniem merytorycznym sporządzonym w formie pisemnej określonym w załączniku nr 3** zawierającym wykaz osób (z podziałem na gminy), u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu oraz informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych wg **załącznika nr 4 do umowy**.
5. Fakturę należy wystawić na nabywcę, tj.: **Powiat Olecki, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko, NIP 8471515765.**
6. Faktura zostanie opłacona w terminie **14 dni od daty doręczenia** prawidłowo wystawionej faktury do Starostwa Powiatowego w Olecku. Płatnikiem faktury jest: **Starostwo Powiatowe w Olecku, ul. Kolejowa 32, 19-400 Olecko.**
7. Realizator zakończy realizację programu w terminie **do 9 grudnia 2019 r.**
8. W terminie do dnia **12 grudnia 2019 r.** Realizator przedłoży **Zamawiającemu całościowe:**
 - 1) rozliczenie finansowe, według wzoru określonego w **załączniku nr 2** do niniejszej umowy,
 - 2) sprawozdanie merytoryczne sporządzone w formie pisemnej zawierające:
 - wykaz osób, u których przeprowadzono szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, z podaniem imienia i nazwiska oraz w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, numer PESEL oraz nazwę gminy (na terenie której zamieszkuje), datę podania, nr serii 1, 2, 3 - dawki szczepionki, z podziałem na gminy i rok urodzenia, według wzoru określonego w **załączniku nr 3**,
 - informację o liczbie osób niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn

zdrowotnych, z podziałem na gminy, według wzoru określonego w **załączniku nr 4**.

9. *Realizator* zobowiązuje się prowadzić wyodrębnioną dokumentację finansowo - księgową środków finansowych otrzymanych na realizację niniejszej umowy, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
10. *Realizator* zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją niniejszej umowy przez okres **5 lat**.

§ 4

1. *Zamawiający* sprawuje kontrolę prawidłowości wykonywania niniejszej umowy przez *Realizatora*, w szczególności w zakresie oceny jakości realizacji przedmiotu umowy, sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z merytorycznym rozliczeniem umowy oraz stanu wykonania umowy. Kontrola może być przeprowadzona zarówno w toku realizacji umowy oraz po jej zakończeniu do czasu ustania obowiązku, o którym mowa w § 3 ust. 10.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez *Zamawiającego* mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania umowy oraz żądać udzielenia, ustnie lub na piśmie, informacji dotyczących wykonania umowy.
3. *Realizator* na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez *Zamawiającego* zarówno w siedzibie *Realizatora*, jak i w miejscu realizacji umowy.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, *Zamawiający* poinformuje *Realizatora*, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości prześle mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
6. *Realizator* jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 5, do ich wykonania i powiadomienia o tym *Zamawiającego*.
7. W razie stwierdzenia rażących uchybień lub niezastosowania się do wniosków lub zaleceń, o których mowa w ust. 5, *Zamawiający* może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia.

§ 5

1. *Realizator* oświadcza, iż posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1629).
2. *Realizator* zobowiązany jest posiadać zawartą umowę ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 przez cały okres realizacji niniejszej umowy.
3. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją zadania odpowiedzialność ponosi *Realizator*.

§ 6

Zgodnie z art. 28 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **przetwarzanie danych osobowych**, wymaga podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych pomiędzy **Wykonawcą i Realizatorem**.

§ 7

Zmiana postanowień umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu Stron, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają:

- a) ustawa z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 z późn. zm.),
- b) ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1629),
- c) ustawa z dnia 23.04.1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 z późn. zm.).

§ 9

Wszelkie spory związane z niniejszą umową podlegają rozpoznaniu przez sąd właściwy dla siedziby *Zamawiającego*.

§ 10

Umowę sporządzono w **czterech jednobrzmiących egzemplarzach**, dwa egzemplarze dla *Zamawiającego* i dwa dla *Realizatora*.

Zamawiający

Realizator